

Année 1966

THÈSE

N°

955

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marc-Henri MASSIOT

né le 3 Janvier 1935, à EPPEVILLE (Somme)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DU PROLAPSUS RECTAL TOTAL CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE

- Une nouvelle technique de suspension du rectum
au disque lombo-sacré par l'intermédiaire de l'utérus -

Président : M. Jean PATEL, Professeur de Clinique Chirurgicale

Année 1966

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marc-Henri MASSIOT

né le 3 Janvier 1935, à EPPEVILLE (Somme)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DU PROLAPSUS RECTAL TOTAL CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE

- Une nouvelle technique de suspension du rectum
au disque lombo-sacré par l'intermédiaire de l'utérus -

Président : M. Jean PATEL, Professeur de Clinique Chirurgicale

THESE

DOCTORAT EN MÉDECINE



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bônard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (O.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailils (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	DESGREZ (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
	BOURLIÈRE (F.)
Biologie médicale	COUJARD (R.)
Histologie	LARIVIÈRE (M.)
Parasitologie	LOEPER (J.)
Pathologie expérimentale	RICHET (G.)
	DEJOURS (P.)
Physiologie	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
Cliniques chirurgicales	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MM.	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque	LACOMME (M.)
	{ Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
— — — (Cochin)		BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie		MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
— — — (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)		DOMART (A.)
— — — (Lariboisière)		BOUVRAIN (Y.)
— — — (Pitié)		RAMBERT (P.)
— — — (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)		POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{ ANDRÉ (R.)
	{ BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
	{ KREIS (B.)
Pneumo-Phthisiologie	{ MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	SOUYBOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Avec ma respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533912_0028

A mon Maître le Docteur César NARDI

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde gratitude.

A mes Maîtres dans les hôpitaux

Externat

Monsieur le Professeur ROUX
Monsieur le Professeur BROUET
Monsieur le Docteur ROQUES
Monsieur le Professeur RAMBERT
Monsieur le Docteur CLAISSE
Monsieur le Professeur DUPERRAT

Internat

Monsieur le Professeur Agrégé THOYER ROZAT
Monsieur le Professeur Agrégé SENEZE
Monsieur le Professeur REDON
Monsieur le Professeur Agrégé DUPAS
Monsieur le Professeur Agrégé CHATELIN
Monsieur le Docteur LANCE
Monsieur le Professeur Agrégé DUPARC
Monsieur le Docteur NARDI
Monsieur le Docteur VALIDIRE
Monsieur le Professeur Agrégé LACOMBE
Monsieur le Docteur DUFOUR
Monsieur le Docteur THELLIER
Monsieur le Docteur ANDRE

Parmi les innombrables méthodes proposées pour le traitement du prolapsus total du rectum, celles assurant la suspension du viscère par voie abdominale, sont parmi les plus efficaces et les plus employées actuellement.

Cette rectopexie, pour être valable et mettre le plus possible à l'abri des récidives, doit :

- s'accompagner d'une libération très poussée du rectum jusqu'au plancher périnéal;

- et s'assurer un appui solide : c'est ce que réalise au maximum l'intervention décrite par LOYGUE, qui, après dissection du rectum dans sa gaine le plus bas possible le suspend au disque lombo-sacré par deux bandelettes de fascia lata amarrées sur les faces latérales du rectum.

Notre propos est de présenter une modification de cette technique de suspension, applicable chez la femme ménopausée, et qui assure la fixation du rectum disséqué, au disque lombo-sacré, par l'intermédiaire de l'utérus passé derrière le rectum et amarré au disque à la manière d'AMELINE et HUGUIER.

Après un bref rappel anatomo-pathologique et étio-pathogénique et une rapide revue des différents traitements du prolapsus rectal total, nous décrirons la technique préconisée par notre Maître le Dr. NARDI et nous insisterons sur les indications et les avantages qu'elle nous paraît présenter.

La relative rareté du prolapsus rectal ne nous a permis de l'utiliser que trois fois récemment, mais avec trois bons résultats.

Le prolapsus total du rectum est par définition l'issue à travers l'orifice anal de toute la paroi du rectum retournée.

La distinction en deux variétés suivant que le canal anal participe ou non au retournement n'a guère d'incidence thérapeutique :

- le prolapsus "recti" réalise une invagination de la partie haute de l'ampoule rectale dans sa partie basse, extériorisée à l'anus;

- le prolapsus "ani et recti" traduit la participation du canal anal, qu'il s'agisse d'un retournement complet ou d'une simple éversion muqueuse; cependant cette variété nécessite une atonie ou une atrophie plus marquée de l'appareil sphinctérien avec son retentissement parallèle sur la continence.

Si le prolapsus rectal total se voit à tout âge et dans les deux sexes, il faut souligner sa fréquence :

- dans le jeune âge, où la verticalité du rectum et du sacrum favorisent son apparition;

- chez la femme (dans la proportion de 6 femmes pour 1 homme), et singulièrement chez la femme âgée.

On a voulu reconnaître à l'origine du prolapsus de très diverses étiologies, et les différentes techniques proposées, s'appuient, souvent de façon fragile, sur l'une ou l'autre de ces causes.

Il semble actuellement que l'on puisse considérer le prolapsus rectal total comme :

- une hernie périnéale par glissement, d'un rectum allongé, dont la paroi s'invagine et se retourne, à travers un périnée souvent déficient; le sac de cette hernie étant constitué par le cul de sac vagino-rectal.

L'allongement du rectum et de ses moyens de suspension, une profondeur anormale du cul de sac de Douglas (qu'elle soit congénitale ou acquise), l'insuffisance de ses moyens de soutien périnéal, la perte de l'angulation normale du cap ano rectal, tels sont les différents éléments constitutifs du prolapsus que les nombreuses techniques vont s'efforcer avec des résultats très inégaux de corriger.

1°) L'allongement du rectum et la laxité de ses moyens de suspension.

Si toutes les tuniques rectales présentent des modifications importantes, (muqueuse congestive, suintante et parfois ulcérée, sous muqueuse inflammatoire, musculuse oedématisée et épaissie), les altérations intéressent surtout la longueur de l'ampoule, qui, réduite, va se trouver tassée dans son "repaire" sous péritonéal; ce fait, inapparent à l'examen clinique, est bien mis en évidence après incision du péritoine pelvien.

Cet allongement rectal s'accompagne souvent d'un dolicho sigmoïde.

Allant de pair avec cette distension viscérale, on note souvent, mais non toujours une laxité anormale de leurs moyens de suspension. Certains (Verneuil, Jeannel,...), voyaient même dans le relâchement des amarres rectales la cause du prolapsus qui, d'après ces auteurs, pouvait franchir un sphincter intact : cette théorie n'est guère défendable, ces éléments étant insuffisants à l'état normal pour éviter seuls la chute du rectum; cette laxité, lorsqu'elle existe, est la conséquence et non la cause du prolapsus.

Ces moyens de suspension sont représentés essentiellement par :

- le mésocolon pelvien, dont la terminaison a été discutée :

- classiquement le colon pelvien s'arrête en regard de l'articulation sacro-iliaque gauche, pour se continuer par le rectum qui serait alors pourvu dans sa partie supérieure d'un méso.

- en fait, le rectum commence devant le corps de S3, à 1 cm de la ligne médiane, là où le colon pelvien perd son méso; il n'y a donc pas de mésorectum. Il est cependant des cas de prolapsus où le rectum sous péritonéal n'existe pas, et où le méso-sigmoïde descend très bas jusqu'au fond d'un Douglas dont le point le plus déclive répond au coccyx. Cette disposition flottante du péritoine est à l'origine de certains prolapsus rectaux "congénitaux".

- les ailerons latéraux, grêles, contenant les vaisseaux hémorroïdaux moyens, sont encore plus incapables de jouer un quelconque rôle de suspension; leur distension est seulement la conséquence du prolapsus.

L'importance de cet allongement viscéral tend à justifier les interventions d'exérèse rectale ou recto-colique, qui ont encore la faveur de certains chirurgiens anglo-saxons et lyonnais.

Celles-ci sont effectuées par voie abdominale ou périnéale, avec des indications et des résultats très différents :

- L'exérèse du segment prolapsé par voie périnéale, est une intervention bénigne donc intéressante chez les malades ne pouvant faire les frais d'une laparotomie; encore faut-il en distinguer deux variétés :

- la résection simple du prolapsus extériorisé est en réalité une résection endo anale du rectum : c'est l'opération de Mickulicz; elle a le défaut d'exposer au rétrécissement secondaire.

- l'amputation recto colique intra sphinctérienne, décrite par Hartmann et Bergeret, donne souvent un bon résultat pour le prolapsus lui-même, mais entraîne ou aggrave l'incontinence. Altmeier qui en fait l'intervention de choix chez les sujets âgés l'associe à un rapprochement des releveurs.

- La résection recto-colique, effectuée par voie abdominale guérit radicalement le prolapsus, mais présente tous les inconvénients et risques de la chirurgie colique majeure, et ne nous paraît guère de mise devant cette lésion bénigne n'engageant pas le pronostic vital chez ces malades âgés.

Au total, ces interventions d'exérèse n'ont que des indications d'exception :

- par voie périnéale : résection d'un prolapsus compliqué de sphacèle, après avoir éliminé un étranglement de l'hédrocèle éventuel.

- par voie abdominale : association d'une colectomie segmentaire à une fixation rectale, devant un dolicho colon très important.

Mais de toutes façons, cet allongement viscéral ne doit pas être négligé :

- il est la cause des récidives qui surviennent après colopexies simples laissant au dessous d'elles un rectum distendu qui n'avait que tendance à se prolaber de nouveau.

- la dissection du rectum jusqu'au plancher périnéal est l'un des temps essentiels des rectopexies.

2°) La profondeur anormale du cul de sac de Douglas

- que celle ci soit congénitale par défaut d'accrolement de ce qui devrait donner le fascia prérectal,
- ou qu'elle soit secondaire à la pression abdominale repoussant un cul de sac initialement normal, ou élargi par une pexie utérine antérieure,

se rencontre très souvent et est à l'origine de l'hédrocèle qui va s'insinuer en avant entre les deux cylindres du prolapsus; ce sac herniaire peut contenir des anses grêles; surtout, le rectum, accolé à lui, descend, réalisant une sorte de hernie par glissement; ceci suppose un affaiblissement de la musculature rectale dont la contraction à l'état normal s'oppose aux effets de la poussée abdominale sur la paroi antérieure du viscère.

Moschowitz (1912), qui le premier mit l'accent sur ce qu'il considérait comme le point de départ du prolapsus, considérait l'oblitération du Douglas comme suffisante; en fait, celle ci isolée, conduit presque toujours à la récurrence; d'autre part, la simple oblitération du cul de sac par sutures étagées n'est pas suffisante pour exclure définitivement le Douglas, ainsi que l'ont montré certaines réinterventions : il faut supprimer radicalement et non simplement oblitérer le cul de sac vagino rectal.

3°) L'insuffisance des moyens de soutien du rectum a longtemps été considérée comme la cause essentielle du prolapsus.

Ceux-ci sont constitués par : de haut en bas :

- le releveur de l'anus, dont :

- le chef externe ou sphinctérien contourne le rectum sans s'y insérer et se termine sur le raphé ano coccygien et le coccyx.

- le chef interne ou élévateur se termine sur les parois antérieure et latérales du rectum :

- les plus internes sont pré anales et vont vers le raphé ano vulvaire,

- les plus inférieures descendant avec les fibres longitudinales du rectum jusqu'à la marge de l'anus,

- les plus externes s'unissent aux fibres longitudinales du rectum, soit directement, soit par l'intermédiaire des lames tendineuses de Laimer.

- Plus bas, le rectum périnéal est enserré dans un véritable manchon musculaire :

- le sphincter strié, haut de 3 à 4 cm, est formé de deux faisceaux :

- interne, véritable sphincter, formé de fibres elliptiques ou semi-elliptiques,

- externe ou peaucier de la marge de l'anus.

- le sphincter lisse, lui est uni à sa face profonde, et dépend de la musculature lisse du rectum; il descend moins bas mais remonte plus haut que le strié.

Cette description montre donc l'interdépendance étroite de ces muscles périnéaux et du rectum terminal.

Cette altération des moyens de soutien du rectum ne peut expliquer tous les prolapsus :

- certaines procidences, surtout chez le sujet jeune se produisent à travers un plancher périnéal solide;

- les prolapsus recti simples s'accompagnent souvent d'un appareil sphinctérien tonique.

Lorsque cette déficience périnéale existe, conséquence fréquente de lésions obstétricales, elle sera beaucoup plus souvent la cause de prolapsus génitaux, dont on sait la rareté d'association à un prolapsus rectal.

- Pour certains auteurs (Cruveilhier, Esmarch,...), l'atonie et l'atrophie des sphincters et des releveurs, étaient donc la lésion primitive, responsable d'un prolapsus muqueux, qui lui même aggravait la béance sphinctérienne, permettant ensuite la chute de tout le rectum.

Les méthodes visant à renforcer ce soutien périnéal sont dans la majorité des cas vouées à l'échec :

- On peut isoler d'abord les interventions qui se proposent de resserrer l'orifice anal :

- qu'il s'agisse d'excisions plus ou moins étendues de la muqueuse (opérations de Delorme, Hartmann...), dont la conséquence était une sclérose rétrécissant l'orifice anal : son danger, outre la récurrence quasi constante, était le rétrécissement cicatriciel trop serré de l'orifice anal;

- ou de cerclages de l'anus au fil métallique (Thiersch), ou non résorbable, que l'on réserve actuellement chez l'adulte aux contre-indications d'interventions plus importantes, ou que l'on peut associer à d'autres opérations périnéales, avec un succès très variable et discuté.

- Les méthodes visant à renforcer le plancher périnéal proprement dit :

- la voie d'abord est le plus souvent périnéale; on avait recours :

- à la périnéorrhaphie pré rectale, avec myorrhaphie des releveurs (Duval et Lenormant), associée selon Schwartz à la rectoplicature antérieure;
 - à la périnéorrhaphie rétrorectale (Cunéo et Sénèque, Tuffier) associée parfois à la plicature antérieure et postérieure des sphincters lisse et strié .
- rarement elle est réalisée par voie abdominale trans-péritonéale (myorrhaphie pré-rectale des releveurs), où elle n'est que le temps de complément d'une fixation rectale (Graham); il est en effet malaisé et illogique d'aborder les releveurs par cette voie haute.

Ces interventions de réfection périnéale n'ont donc plus que des indications limitées :

- malades ne pouvant assumer les frais d'une laparotomie
- temps complémentaire d'une autre intervention plus efficace, en particulier au cours de certaines rares associations de prolapsus rectaux et génitaux.

Pratiquées isolément, elles conduisent en général à la récurrence, car :

- elles méconnaissent des lésions importantes (profondeur du cul de sac de Douglas, allongement du rectum)
- d'autre part, la trop mauvaise qualité des tissus périnéaux rend ces réparations tout à fait illusoirs pour maintenir seules un rectum ayant tendance à se prolaber.

4°) C'est pour ces diverses raisons que les méthodes de fixation du viscère prolapsé ont actuellement la faveur des chirurgiens, car simples, logiques et efficaces; encore faut-il que certaines conditions soient remplies :

- abord abdominal qui seul permet une vue d'ensemble des lésions;
- dissection du rectum dans sa gaine, jusqu'au plancher périnéal;

(Rappelons rapidement la constitution de cette gaine fibreuse ou fascia recti :

- elle s'étend de la ligne de réflexion péritonéale au plancher pelvien; elle est taillée en biseau aux dépens de sa face antérieure;
- elle est formée des expansions de la gaine hypogastrique, amenées par les vaisseaux et les nerfs, s'attachant en bas à l'aponévrose pelvienne :
- latéralement les lames sacro recto génito pubiennes, avec ses deux couches :
 - externe : lames fibreuses amenées par les vaisseaux hémorroïdaires moyens;
 - interne : plexus hypogastrique inférieur, avec ses rameaux nerveux pour le rectum
- en avant, le fascia recto vaginal, mince nappe de tissu cellulo fibreux, parcouru de quelques vaisseaux sans importance, et qui permet de séparer facilement les deux organes; il s'étend du cul de sac de Douglas au noyau fibreux central du périnée et rejoint sur les côtés les lames sacro pubiennes.
- en arrière, la lame pré sacrée ou rétro rectale, tendue devant le sacrum d'une lame sacro pubienne à l'autre.

Le rectum est séparé de sa gaine par une mince couche de tissu cellulaire lâche, dans laquelle descendent étroitement unis à la paroi rectale les vaisseaux hémorroïdaires supérieurs; cette disposition explique la facilité avec laquelle on peut disséquer le rectum dans sa gaine, sans léser sa vascularisation.

- suppression définitive du cul de sac de Douglas; la libération du rectum entraîne automatiquement celle-ci.

- enfin fixation viscérale solide, mettant à l'abri des récidives.

Ces points essentiels de technique ne sont cependant pas réalisés dans la plupart des méthodes de fixation, dont les premières ont été pratiquées il y a près de 80 ans; ceci explique l'inégalité de leurs résultats;

- cette fixation pouvait être réalisée par voie périnéale :
 - recto coccyxexie, telle que l'ont décrite après Verneuil, Gérard Marchant et Lenormant;
 - recto sacro pexie, plus employée, ou opération de Sick, de Lockart Mummery, par méchage prolongé de l'espace rétro sacré; ses résultats sont assez bons, mais elle nécessite une longue immobilisation post opératoire.
- surtout par voie abdominale :
 - longtemps on a pratiqué des colopexies : le type en est l'opération de Quénu et Duval qui associe à la colopexie au petit psoas, l'oblitération du Douglas par bourses étagées : outre l'efficacité seulement temporaire de cette oblitération, cette colopexie laissait au dessous d'elle un rectum distendu qui n'avait que tendance à se prolaber de nouveau; aussi ces colopexies doivent elles être abandonnées.

On leur préfère à juste titre les rectopexies.

- Ce sont Ach (1910) et Sudeck (1921), qui ont insisté les premiers sur les deux impératifs d'une bonne fixation rectale : dissection du rectum et suppression du cul de sac de Douglas; Ach utilisait le fascia lata amarré au ligament de Cooper; Sudeck, comme récemment A.Toupet, fixait directement le rectum au disque lombo sacré.
- Pemberton, en 1939, rappela la nécessité de cette mobilisation rectale, mais le fixait simplement au péritoine : pour lui ce temps de fixation était secondaire, il faisait confiance au tissu cicatriciel pour éviter la récurrence.
- Orr (1947), fixe le rectum, mais sans le mobiliser, au disque lombo-sacré par deux bandelettes de fascia lata.
- Lahaut (1955) insiste beaucoup sur la mobilisation et maintient le rectum par extra péritonisation de sa partie haute sous le péritoine de la paroi abdominale antérieure, ce qui est difficile à réaliser.
- Frykman (1955), après Lynch (1924), utilise les ailerons latéraux plicaturés pour les fixer au plan fibreux présacré, en y ajoutant, comme Eiselsberg (1902), une résection du sigmoïde, suivie d'anastomose termino-terminale.

- Ripstein, Swinton, récemment, utilisent une prothèse en teflon fixée autour du rectum et solidarisée à la concavité sacrée.
- Enfin, en France, la technique actuellement la plus employée et la plus sûre, est celle de Loygue et Cerbonnet : ils reprennent la technique de Orr, en y associant la mobilisation du rectum dans sa loge. En 1957, ils pouvaient apporter à l'Académie de Chirurgie 14 bons résultats à long terme sur 14 opérés, avec une amélioration de la continence dans 11 cas.
Coldefy et Coll., en 1963, à la même tribune, confirment la valeur de la méthode en relatant 12 succès sur 12 cas, avec chez 6 malades totalement incontinents, une amélioration très importante.

Cette amélioration importante de la continence est d'ailleurs un des résultats les plus intéressants de ces pexies rectales; elle est en outre la preuve que l'altération sphinctérienne est souvent la conséquence et non la cause du prolapsus : le sphincter n'étant plus forcé par le prolapsus récupère sa tonicité.

Dans les rares cas où la lésion sphinctérienne est grave, la rectopexie agira sur le prolapsus, mais la cure de l'incontinence nécessitera des interventions plastiques telles que la transposition du Droit Interne, avec des résultats inconstants.

5°) Un dernier point sur lequel il nous paraît utile d'insister, est le rôle important de l'angulation normale du coude rectal, qui s'oppose à la chute du rectum, les pressions de poussées abdominales ne s'exerçant plus suivant le même axe que celui du rectum.

Cet angle qui unit les segments pelvien et périnéal du rectum, est placé en avant du sommet du coccyx, et en arrière de la partie moyenne du vagin; plus bas, le canal anal répond en avant au noyau fibreux central du périnée et aux muscles qui s'en détachent; il contribue à former avec le vagin le triangle vagino-rectal.

Au cours du prolapsus, ce triangle a disparu, le noyau fibreux est inexistant, et le canal anal est situé dans le prolongement du rectum.

Certaines rectopexies visent à reconstituer ce cap ano-rectal :

.. ainsi, Ach fixe le rectum au pubis par une bandelette de fascia lata.

- Mac Grew agit de la même manière en cravatant le rectum à l'aide de languettes de muscle grand droit dont il garde les insertions pubiennes.
- Bracey (Peterborough), utilise les mêmes bandelettes mais les entrecroise en 8 de chiffre derrière la vessie et leur fait traverser les deux faisceaux antérieurs des releveurs qui sont ainsi attirés en haut et en avant et rapprochés sur la ligne médiane (ce qui paraît bien compliqué à réaliser).
- Butler, après mobilisation du rectum et excision du cul de sac vagino-rectal, fixe le rectum à la paroi postérieure du vagin, l'utérus étant ensuite fixé à la paroi abdominale antérieure; malgré les bons résultats de l'auteur, il nous semble que la fixation du rectum à une paroi vaginale affaiblie puisse cependant exposer à la récurrence; et l'hystéropexie antérieure tend à créer un nouveau cul de sac entre utérus et rectum.

Quelle que soit la valeur de ces dernières techniques, cet effort dans la voie d'une recherche d'intervention visant à redonner au rectum des axes physiologiques, nous semble intéressante :

- tant sur le plan mécanique du prolapsus lui même
- que sur celui de la continence anale.

La technique que nous nous proposons de décrire, emprunte son esprit et les grandes lignes de sa réalisation à l'opération de Loygue.

Son originalité réside dans le mode de fixation du rectum, qui utilise l'utérus placé derrière lui et fixé au disque lombo-sacré.

Nous exposerons d'abord les différentes étapes du protocole opératoire avant de préciser ses avantages, ses indications et contre-indications.

1°) Sous anesthésie générale, la vessie ayant été vidée par sondage, disposition du champ opératoire dégagant la région sous ombilicale; l'opérateur est placé à gauche de la malade, le 1^{er} aide est en face, le 2^{ème} aide est à la droite du premier.

2°) Coeliotomie médiane sous ombilicale; mise en place de champs de protection et d'une valve sus pubienne, la patiente étant inclinée en léger Trendelenbourg; on expose le sigmoïde et l'utérus dont on vérifie l'intégrité. (signalons que l'une

de nos opérées présentait une pexie antérieure que nous avons été conduits à supprimer en début d'intervention).

3°) Exposition du disque lombo-sacré : il convient d'abord de le repérer en s'aidant de la palpation, sa profondeur variant avec la profondeur du squelette; le colon pelvien étant refoulé à gauche, on repère au-dessous de la bifurcation des gros vaisseaux les deux rebords osseux : supérieur de la 5^e lombaire et inférieur de la 1^{ère} sacrée séparés par le disque légèrement en retrait; il est facile de ménager la bifurcation vasculaire, le pédicule mésentérique inférieur dans la racine du méso-sigmoïde et l'uretère droit qui parfois peut se rapprocher de la ligne médiane. Le péritoine étant sous-tendu par la pince à disséquer, on l'ouvre de la pointe des ciseaux; cette ouverture est élargie en pensant à la proximité de la veine iliaque gauche primitive qu'il faudra parfois récliner; on perçoit alors les éléments du pédicule pré sacré qui seront écartés ou refoulés vers la gauche; on mettra alors à nu en s'efforçant de rester paramédian droit le disque lombo-sacré sur 2 à 3 cm de hauteur comme de largeur. (Un petit artifice très simple nous paraît utile à signaler : la situation exacte du disque peut être repérée de façon précise en s'aidant de la pointe d'une aiguille de Reverdin droite qui pénètre facilement dans le tissu discal alors qu'elle bute sur le tissu osseux).

4°) Dégagement de l'ampoule rectale dans sa portion sous péritonéale : on sectionnera le péritoine suivant la ligne de réflexion rectale de la séreuse; cette section doit se faire le plus bas possible dans le fond du cul de sac de Douglas, en restant au contact du rectum; à partir de là on libérera le rectum dans sa gaine en respectant vaisseaux et nerfs; en arrière le clivage se fait très facilement; en avant on séparera rectum et vagin; latéralement la laxité des ailerons moyens est telle que l'on peut presque toujours les respecter; rarement on sera amené à sectionner sans inconvénients leur partie haute, à condition que cette section se fasse au contact même du rectum et non près de la paroi pelvienne; à la fin de cette libération, on constate que l'on peut faire "monter" le rectum de façon très appréciable, variable avec l'intensité du prolapsus.

5°) Passage de l'utérus saisi par un hystérolabe ou un point en "X" au niveau de son fond, derrière le rectum (dans la brèche du décollement rétro rectal que l'on aperçoit après avoir étalé le méso sigmoïde); ceci s'effectue très facilement de

gauche à droite de préférence; trompes, ovaires et ligaments larges suivant aisément l'utérus : il n'a jamais été nécessaire de sectionner un ligamentombo-ovarien ou de faire une annexectomie; ces gestes pourraient cependant être effectués sans dommages s'ils s'avéraient nécessaires.

6°) Amarrage de l'isthme utérin au disque lombosacré suivant la technique d'Huguier : à l'aide d'une solide aiguille de Reverdin ou mieux d'une forte aiguille à enfiler $\frac{1}{2}$ cercle, on passera deux fils non résorbables (nylon de préférence au lin) n° 2 :

- d'une part en regard du disque lombosacré
transversalement de droite à gauche,

en veillant à ne prendre que le ligament vertébral commun antérieur pour ne pas léser le disque lui-même et ne pas s'exposer à une spondylo-discite ultérieure; pour s'assurer quand même une prise solide, on passera ces points sur une grande largeur (1,5 à 2 cm), en se méfiant du point d'émergence de l'aiguille qui risquerait d'entraîner une blessure veineuse d'hémostase difficile.

Le 2ème point sera placé environ 1 cm au-dessous du précédent, avec les mêmes précautions.

Les fils seront gardés longs sur pinces en conservant éventuellement l'aiguille.

- On passera ensuite ces fils à la face postérieure de l'isthme utérin en regard de l'insertion des ligaments utéro-sacrés; le fil supérieur sera passé le premier transversalement de gauche à droite, ni trop superficiellement, ni trop profondément pour ne pas pénétrer dans la cavité utérine septique; le 2ème fil sera placé de la même façon, à 1 cm sous le premier.

7°) Serrage des fils : l'utérus étant refoulé vers le promontoire par l'aide, le point inférieur est noué d'abord, puis le point supérieur.

En général, l'utérus vient facilement au contact du promontoire; parfois l'isthme reste éloigné de 2 à 3 cm du disque : ce fait n'a guère d'importance, l'expérience ayant montré à Huguier qu'il se forme rapidement autour des deux fils deux néo-ligaments.

De plus, chez ces femmes âgées, à l'utérus fibreux et atrophique, il nous paraît sans inconvénient d'assurer la prise utérine un peu au-dessus de l'isthme, ce qui facilite le contact utérus-promontoire.

8°) A ce stade de l'intervention, on constate, que le rectum disséqué est parfaitement attiré vers le haut, l'isthme utérin et la partie supérieure du vagin lui interdisant de se prolaber de nouveau.

On complètera cependant cette suspension en solidarissant par une ou deux rangées de points séparés au fil non résorbable n° 00 le rectum et le fond utérin en s'efforçant de ne pas faire de points perforants : ainsi, la face postérieure du rectum repose sur le corps utérin.

9°) La péritonisation s'effectuera aisément sans drainage; l'exclusion du petit bassin de la grande cavité péritonéale nécessitera seulement quelques points solidarissant le péritoine pariétal postérieur (au besoin un peu décollé), le sigmoïde et le rectum, en s'aidant au besoin des ligaments larges : on constate donc en fin d'intervention la disparition complète du cul de sac de Douglas.

10°) Réfection de la paroi abdominale antérieure plan par plan.

Les Suites Opératoires ne nécessitent aucune médication particulière; le transit est repris vers le 3ème jour, parfois un peu plus tard : on pourra le favoriser par la prise d'huile belladonnée et de sorbitol.

On constate après l'intervention la disparition complète du prolapsus rectal, l'anus paraissent même attiré vers le haut, même au cours des efforts de poussée abdominale.

Quel est l'intérêt et quels sont les avantages que présente cette technique de traitement du prolapsus rectal chez la femme ?

- 1°) Ce sont d'abord ceux de toute intervention de suspension fixation du rectum au promontoire :

- on agit directement sur le rectum et non sur le sigmoïde : c'est en effet au niveau du rectum sous péritonéal que l'allongement se produit, facteur de la reproduction du prolapsus.

- on supprime complètement le cul de sac vagino-rectal, c'est à dire le sac herniaire qui pour la majorité des auteurs est à l'origine du prolapsus.
 - la fixation au promontoire réalise un appui solide, gage de non récurrence de la procidence.
 - la traction sur le rectum entraîne bien souvent la récupération de la tonicité du sphincter forcé par le prolapsus et des releveurs remis en tension; la continence s'en trouvera améliorée considérablement.
- 2°) Les avantages propres à la méthode ne nous paraissent pas moins intéressants si on les compare à l'intervention d'ailleurs excellente de Orr-Loygue :
- a) il s'agit d'abord d'une intervention plus rapide et plus simple, ce qui est important puisqu'elle s'adresse à des sujets âgés.
Elle permet de supprimer le temps de prélèvement des bandelettes de fascia lata et le risque de septicité qu'il peut comporter; rappelons que :
 - la suture de ces bandelettes, difficiles à manier peut se révéler laborieuse en cas de petit bassin profond et étroit.
 - le réglage de la tension des bandelettes de fascia lata est délicat et nécessite une certaine expérience : trop tendues, elles risquent d'étrangler la lumière rectale;
trop lâches, elles réalisent une suspension insuffisante et entraînent la reproduction du prolapsus.
 - enfin, qu'il s'agisse de fascia lata ou de bandelettes de peau, la résorption possible de ce matériel peut entraîner l'échec à long terme : des récurrences sont apparues après suspension du rectum au promontoire à l'aide de lanières de peau qui avaient disparu lors de la réintervention; ce matériel, dont l'asepsie est difficile à obtenir, a été la cause de certaines spondylo-discites; certains avaient proposé d'employer la peau conservée au Cialit ou préfèrent des bandelettes de nylon dont la structure acapillaire leur apporte une garantie d'asepsie plus rigoureuse. (Coldefy).
- b) Le passage de l'axe utéro-vaginal derrière le rectum supprime de façon encore plus radicale que dans l'opération de Orr-Loygue le cul de sac de Douglas et écarte la formation ultérieure (possible en cas d'efforts de poussée

abdominale violente) d'un néo cul de sac facteur de récidives : en effet, ses limites sont complètement bouleversées puisque sa paroi antérieure (utérus et vagin) est devenue postérieure, et que le rectum est désormais en avant.

- c) S'il s'agit essentiellement d'une technique de "suspension" du rectum, puisque celui ci est solidaire du disque lombo sacré par l'intermédiaire de l'utérus, on peut la considérer également comme une méthode visant à redonner un "soutien" au rectum qui va reposer sur le corps utérin remplaçant ainsi le plancher périnéal déficient.
- d) Un autre avantage important nous paraît être la non modification des axes physiologiques du rectum ou plutôt leur reconstitution : en effet, la suspension directe du rectum au promontoire supprime le cap ano-rectal dont on sait l'importance dans la prévention du prolapsus et surtout son rôle en ce qui concerne la continence; le fait de faire reposer le rectum sur le fond utérin reconstitue une sorte d'angle ouvert en arrière tel que les efforts de poussée abdominale ne s'exercent plus suivant le même axe que celui du rectum : cela nous paraît capital pour éviter la récurrence du prolapsus et pour améliorer la continence fécale.
- e) Enfin, la péritonisation est d'une extrême simplicité : quelques points suffisent pour effacer les deux couloirs latéraux droit et gauche, la présence de l'utérus et des ligaments larges contribuant à exclure le petit bassin de la grande cavité abdominale, facilitant ainsi ce dernier temps de l'intervention.

Très facile dans sa réalisation, cette intervention nécessite cependant une technique minutieuse et le respect de certaines contre-indications, si l'on veut éviter de voir survenir les complications qui sont l'écueil des pexies utérines au disque lombo-sacré.

Quelques difficultés et incidents per opératoires sont possible. *

- 1°) Le repérage du disque lombo-sacré est en général très facile :
on retrouve aisément au doigt sa consistance élastique.
Mais certaines anomalies vertébrales, congénitales et surtout acquises, telles que de volumineux ostéophytes peuvent rendre ce repérage incertain et l'accrochage des fils difficile; dans ces cas, il vaut mieux s'abstenir et recourir à un autre mode de pexie.
- 2°) Au cours du dégagement du disque, il faudra éviter la blessure des petites veines présacrées qui sont fragiles et peuvent être anormalement développées; l'hémorragie cède généralement au tamponnement, mais elle favorise peut-être l'infection et thromboses veineuses post-opératoires.
Une autre difficulté peut être réalisée par une position anormale de la veine iliaque primitive gauche; il faut repérer parfaitement les deux veines iliaques primitives dont le bord interne, aminci par la traction peut être invisible, le sang de leur lumière en étant temporairement exprimé.
Enfin, chez des malades antérieurement opérées, l'accès au promontoire peut être barré par des adhérences du grêle et du colon : c'est peut être là une rare indication à renoncer à la fixation rectale au disque.
- 3°) Le passage des fils demande certaines précautions :
 - au niveau du promontoire : nous avons vu la nécessité de ne prendre que le ligament vertébral commun antérieur pour ne pas risquer de léser le tissu fibreux discal, ce qui exposerait à l'apparition d'une hernie du nucléus et surtout à l'infection du disque.
On pourrait également, comme Sénèze le pratique dans les pexies utérines pour prolapsus génital, n'employer qu'un seul fil avec une prise moins large et moins épaisse : ceci permet d'éviter au maximum une blessure discale ou veineuse, et pour cet auteur, donne une garantie suffisante de solidité.
 - au niveau de l'utérus : la transfixion de la cavité utérine septique est une faute grave, qui a pu être rendue responsable de certaines spor-
dylo-discites : ce risque, ainsi que celui de blessure du pédicule utérin n'est pas à négliger en cas d'utérus mou et fragile. (ce qui est rare chez ces femmes âgées).

- 4°) Quant au serrage des fils, si l'on procède avec douceur, en faisant soulager la traction par l'aide qui maintient l'utérus près du promontoire, il pose paradoxalement peu de problèmes : on est surpris de la facilité avec laquelle on peut faire monter ces utérus non prolapsés eux mêmes; (le point culminant de l'utérus est situé sur une horizontale passant par la crête d'union des 3° et 4° vertèbres sacrées; il est malheureusement impossible de faire la fixation à ce niveau, les fibres du ligament vertébral commun antérieur étant ici trop minces et fragiles). De toutes façons il ne faut pas rechercher à tout prix le contact de l'isthme et du promontoire; même s'il persiste un espace, celui ci sera sous péritonéal, et les fils seront rapidement enrobés de tissu fibreux. Nous avons vu plus haut qu'il était souvent possible d'amarrer la partie basse du corps utérin dont la prise est solide dans ces utérus fibreux et atrophiques.

Des publications récentes ont souligné la réalité, mais aussi la rareté des complications qui peuvent émailler l'évolution des pexies au disque lombo-sacré;

- Les complications d'origine infectieuse : la possibilité de spondylo-discites justifie la nécessité de précautions aseptiques rigoureuses (comme pour une intervention de chirurgie orthopédique), au cours de toutes les étapes de l'intervention.

Rappelons les différentes observations publiées :

- une ostéite de L5 à entérocoques, guérie après 1 an de traitement, survenue après pexie du dôme vaginal (Poilleux, Houdart)
- une tumeur inflammatoire développée autour des fils, guérie par exérèse, dont la cause semble être un point perforant, seule complication infectieuse sur une statistique de 80 cas (Noelle 1960).
- trois cas rapportés à l'Académie de Chirurgie par Olivier :
 - spondylo-discite apparue lors de l'écoulement vaginal d'un abcès endocervical

- spondylo-discite chez une femme ayant eu des antécédents de péritonite et de septicémie à colibacilles
- réaction inflammatoire due à une intolérance au nylon.
- Sur 200 cas, Huguier déplore un cas de spondylo-discite secondaire à une inoculation septique.
- Les occlusions post opératoires : elles doivent être évitées si l'on pratique une péritonisation soigneuse, ne laissant subsister aucune brèche; elles sont le risque de toute coeliotomie.
- Les douleurs lombo sciatiques : si, comme René et Lord (M. Ac. Ch. 20 Fév.63), on s'attache à les rechercher systématiquement, leur fréquence ne semble pas négligeable; encore faut-il, pour en rendre responsable l'intervention elle-même :
 - s'assurer de leur absence avant l'acte opératoire (38 % des opérées d'Huguier présentaient des troubles préalables de la statique vertébrale.

Ces manifestations douloureuses peuvent également traduire l'extériorisation à la faveur du traumatisme opératoire d'une arthrose jusque là latente; elles peuvent aussi tout simplement avoir pour origine la laparotomie elle même chez ces malades à la sangle abdominale déficiente.

Finalement la responsabilité de la péxie elle même, dans l'apparition de douleurs lombo-sciatiques, chez des malades exemptes auparavant de toute manifestation rhumatismale est peu fréquente :

- ou bien ces douleurs se situent au milieu d'un syndrome infectieux torpide (fièvre à 38°, hyperleucocytose, accélération de la vitesse de sédimentation), et l'inoculation septique, conséquence d'une faute technique, en est la cause.
- ou bien leur apparition est complètement isolée et leur étiologie est alors plus difficile à mettre en évidence : traction excessive sur l'utérus ?, lésion de l'anneau discal par des points trop profonds ?.

Nous n'avons rappelé la possibilité de ces complications que parce qu'elles sont d'actualité. Elles peuvent se voir au cours de toute péxie au disque et

n'offrent ici aucune particularité. Dans nos 3 observations, aucune manifestation douloureuse n'a été relevée dans les suites.

Quoiqu'il en soit, la grande fragilité du disque, sa moindre résistance à l'infection, justifient pleinement une technique opératoire minutieuse.

A la lumière de l'exposé des éventuelles complications, il nous est maintenant possible de dégager les indications de cette technique :

- Tout prolapsus rectal total,

- quel qu'en soit la variété et l'étiologie,

- quelque soit l'état du sphincter anal,

survenant chez une femme ménopausée, dont l'état général est suffisamment bon pour autoriser une intervention par voie transpéritonéale, est justiciable de cette intervention, à condition d'autre part :

- que l'utérus et les annexes soient sains et en particulier indemnes de toute infection et de toute affection tumorale (il est indispensable de demander des frottis vaginaux avant l'intervention).

- que le rachis ne soit pas le siège d'une arthrose trop importante ou trop invalidante.

L'Association du prolapsus génital au prolapsus rectal.

L'intervention que nous venons de décrire comportant la suspension de l'utérus et du rectum, il nous a paru intéressant de préciser sa place éventuelle dans le traitement des prolapsus mixtes génitaux et rectaux.

Nous n'avons cependant jamais eu l'occasion d'observer une de ces formes rares, et nous ne pouvons que préciser l'attitude qui serait la nôtre le cas échéant.

Il s'agit en effet d'un problème complexe :

- d'abord sa fréquence a été discutée :

- Lenormant dans sa Thèse, relevait l'existence d'un prolapsus génital chez 23 % des malades porteuses d'un prolapsus rectal;
- plus récemment, Loygue, Coldefy, pensent que l'association de ces deux affections dans leur forme majeure est exceptionnelle;
- une statistique russe assez importante relève 2 prolapsus rectaux seulement chez 472 femmes présentant un prolapsus génital, ceci sur une période de 26 ans (Bérézine)
- Amineff et Malicheff en 1960 retrouvent 7 prolapsus rectaux associés sur 163 prolapsus génitaux;
- mais, toujours d'après les mêmes auteurs, l'examen systématique de 48 prolapsus rectaux, relevait une ébauche de prolapsus utérin ou un prolapsus utérin confirmé dans la moitié des cas.
- Enfin, Podolack rapporte récemment une importante série de 24 prolapsus rectaux et génitaux associés.

- Ces formes mixtes ne sont pas l'apanage de la femme âgée chez qui le terrain tissulaire joue le rôle essentiel, associé souvent à un délabrement périnéal d'origine obstétrical : elles se voient aussi chez la femme jeune (13 femmes jeunes sur les 24 malades de la statistique de Podolack).

- La chronologie dans l'apparition des lésions est également variable :

- parfois le prolapsus rectal apparaît à bas bruit, progressivement chez une femme porteuse d'un prolapsus génital depuis longtemps et il s'agit alors

souvent d'une femme âgée; (chez notre malade de 90 ans, le prolapsus génital préexistait depuis de nombreuses années).

- souvent c'est l'inverse, et c'est assez brusquement que le prolapsus génital, à la faveur d'un traumatisme obstétrical ou autre, survient chez une femme encore jeune, porteuse depuis longtemps, voire même depuis l'enfance d'un prolapsus rectal.

- Quoiqu'il en soit, on relève :

- la notion de terrain prédisposant
- associé souvent à un traumatisme obstétrical,

le résultat étant un périnée délabré, avec dans sa forme majeure association :

- d'une cystocèle,
- d'une hystéroptose,
- d'une double hernie périnéale (élytrocèle et hédrocèle)
- et bien sûr d'une importante procidence rectale.

Ces formes majeures entraînent des infirmités redoutables, d'autant qu'elles s'accompagnent presque constamment d'une double incontinence urinaire et anale.

Il est évident qu'un tel tableau ne pourra être corrigé que par une ou des interventions complexes, dont il faudra poser l'indication avec discernement en s'aidant :

- de la clinique,
- et des dernières acquisitions de la radiologie
(colpocystogramme)

pour bien mettre en évidence les différents éléments du prolapsus.

Quels sont schématiquement les différents temps opératoires indispensables à la cure de ces prolapsus complexes ?

- en dehors des formes survenant chez des femmes très fatiguées, où un double cerclage anal et vulvaire a pu donner à certains un résultat acceptable, le prolapsus rectal doit toujours être traité par la voie, et nous avons vu les

avantages de la suspension du rectum au promontoire.

- toujours ou presque, une périnéorraphie postérieure est jugée indispensable; elle est le temps sinon essentiel, du moins classique de la cure des prolapsus génitaux.

- suspension rectale, périnéorraphie postérieure doivent donc toujours être pratiquées; le ou les autres gestes chirurgicaux dépendent du type du prolapsus lui-même :

- une cystocèle importante nécessitera un temps périnéal antérieur avec dissection et refoulement de la vessie, réfection d'un soutien vésical
- un prolapsus utérin, enfin, fera l'objet d'une pexie utérine, seule valable dans ce cas.

- Les 24 malades de Podolack bénéficièrent d'une intervention soit en un temps, soit en deux temps associant :

- toujours une colo ou une recto pexie au promontoire
- une colpo périnéorraphie postérieure
- parfois une colporraphie antérieure
- et une ventro-fixation de l'utérus chez la femme âgée (ce qui paraît dangereux, car ouvre le cul de sac vagino-rectal);

Les résultats éloignés sont excellents : 20 sur 21 malades revues.

Ces différents gestes chirurgicaux indispensables si l'on veut traiter de façon logique tous les éléments constitutifs des prolapsus seront effectués :

- soit en un temps, et l'idéal est l'intervention à deux équipes, en sachant cependant que les risques septiques sont accrus et non négligeables au niveau du disque lombo-sacré.
- soit en deux temps successifs.

Tel est le but : la fréquence des récurrences, soit de l'un, soit de l'autre, soit même des deux prolapsus, tend à prouver que celui ci est rarement atteint.

Et les publications sur ces formes mixtes sont rares tant en France qu'à l'étranger :

- Coldefy, en 1963, rapporta une observation de prolapsus double chez une femme âgée qu'il traita avec succès en un temps, par une intervention effectuée à deux

équipes, qui consista en un soutènement de la vessie, du vagin, et du rectum à l'aide d'un hamac de peau tendu du pubis au promontoire.

La place de l'intervention que nous avons présentée, dans ces formes mixtes doit donc être discutée de façon nuancée :

- elle est très logique et valable lorsque au prolapsus rectal s'associe une descente utérine plus ou moins importante : la suspension de ces deux organes étant ainsi réalisée de façon simple et élégante;
- elle doit à notre sens, être complétée par un geste chirurgical effectué par voie basse, comportant :
 - une colpo périnéorraphie postérieure
 - un temps périnéal antérieur permettant de faire la cure de la cystocèle.

Par contre, si l'incontinence urinaire est au premier plan du tableau clinique, la traction isolée, en haut et en arrière du col vésical et de la paroi postérieure de l'urètre par l'intermédiaire de l'utérus et du vagin nous paraît pouvoir aggraver cette incontinence; la cure de cette dernière doit alors faire l'objet essentiel de l'intervention qui consistera en une suspension vésicale de type Goebbel-Stoeckel par exemple.

Dans ces formes avec incontinence urinaire il faudra veiller à ne pas exercer sur le vagin une traction trop importante : l'amarrage utérin pourra alors sans inconvénient s'effectuer au niveau de la partie basse du corps utérin.

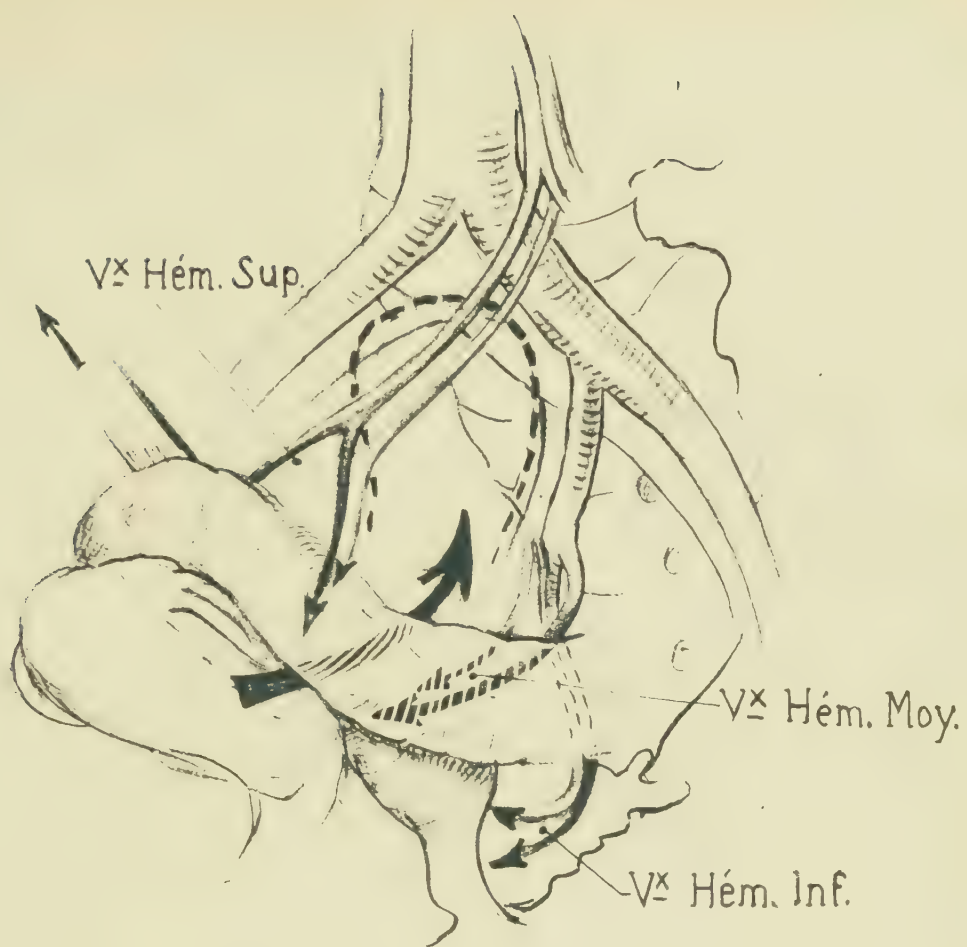


Fig. 1

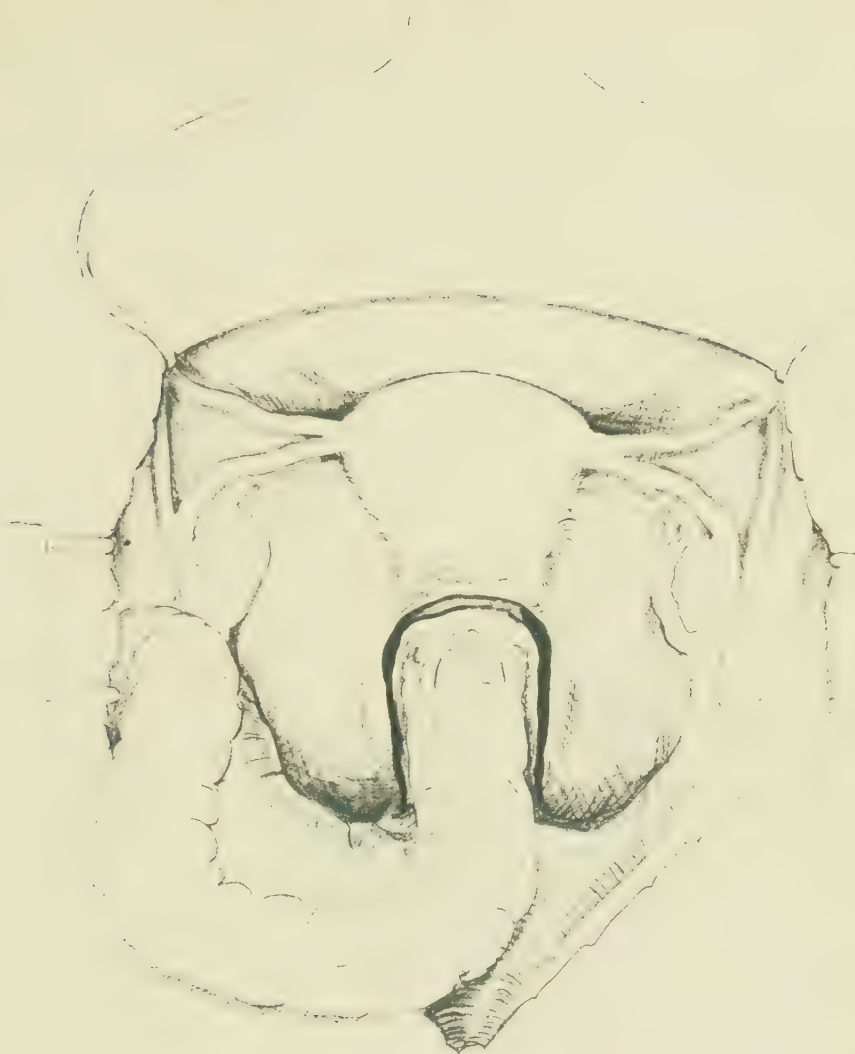


FIG. 2.

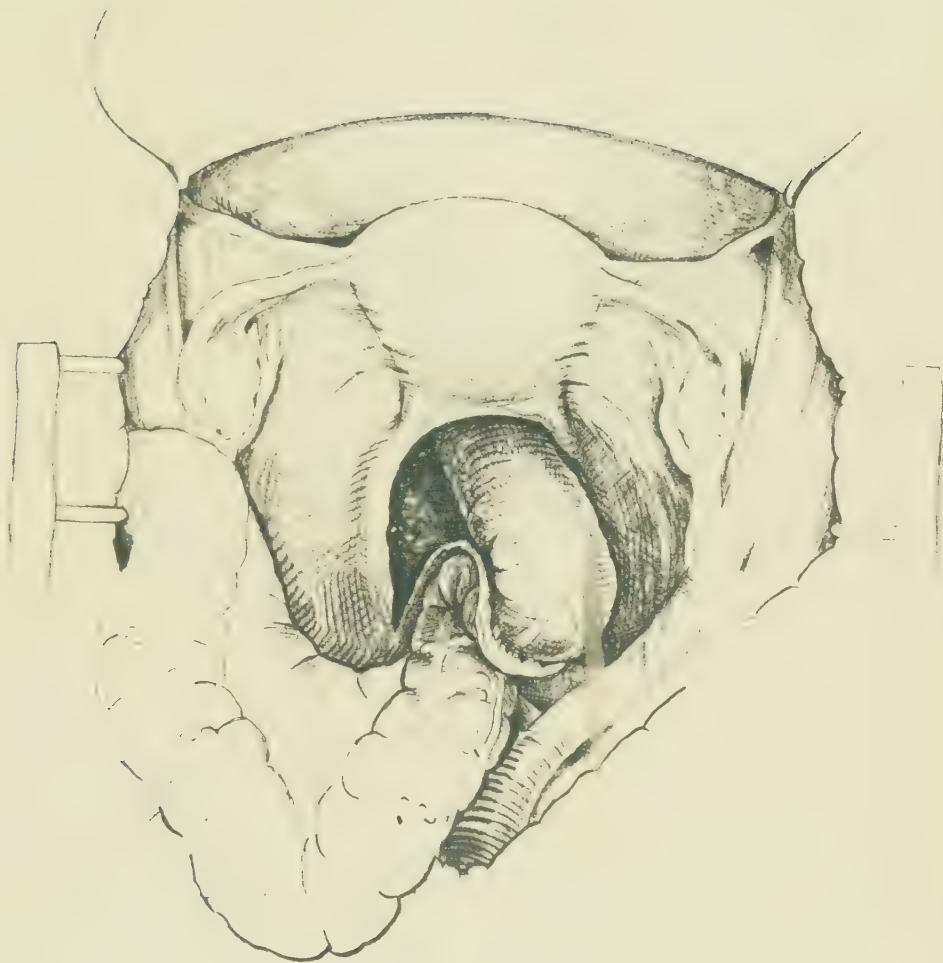


FIG 3



Fig. 4



FIG. 5



Fig. 6.



FIG 7



Fig. 8

Voici nos trois observations :

1) Madame D... 63 ans.

Il s'agit d'un prolapsus rectal déjà opéré 6 fois par des techniques variées hautes et basses.

A l'examen prolapsus ani et recti d'environ 10 cm de longueur avec béance anale et incontinence, devenant permanent quoique réductible.

Intervention le 26 Novembre 1964 (Docteur NARDI) suivant la technique décrite, sans que l'on soit gêné de façon importante par les interventions précédentes.

Les suites sont très simples, la malade sort de clinique le 14ème jour.

Il n'y a pas actuellement de récurrence du prolapsus; elle a d'autre part récupéré une continence satisfaisante.

- 2) Madame L... 89 ans, se plaint d'un prolapsus rectal depuis plusieurs années. Elle a déjà subi depuis 20 ans une hystéropexie abdominale antérieure pour prolapsus génital, et un cloisonnement vaginal type Lefort. Le prolapsus rectal est d'apparition secondaire, ne survenait au début qu'à la défécation, puis également à la marche. Il devient particulièrement gênant depuis qu'il s'accompagne d'incontinence anale.

Cliniquement, il s'agit d'un prolapsus très important (10 cm de long), ani et recti avec béance anale et atonie sphinctérienne. La muqueuse est rouge et suintante mais non hémorragique, sans lésions associées. L'état général est bon malgré l'âge et les conditions chirurgicales sont encore améliorées du fait de la maigreur de la malade.

Intervention (Docteur NARDI) le 9 Mars 1966. Elle est conduite suivant la technique précitée, après un temps de libération de l'ancienne hystéropexie qui était isthmique, et péritonisation de la petite surface

La malade reçoit dans les suites 1 million unité pénicilline-colimycine pendant 5 jours.

Elle se lève dès le lendemain de l'intervention.

A noter un léger retard à l'évacuation rectale qui ne survient que le 5ème jour.

Le résultat immédiat est excellent. La malade récupère rapidement un sphincter tonique et une continence parfaite.

3) Madame B... 61 ans, a passé 10 ans dans les hôpitaux psychiatriques et présente depuis 2 ans un prolapsus rectal important associé à de grosses hémorroïdes saignant souvent, même en dehors des selles.

Il n'y a pas d'incontinence anale, le sphincter anal est tonique, mais ce prolapsus entraîne des douleurs rendant la position assise très pénible.

A son arrivée à l'hôpital ce prolapsus était extériorisé à travers un sphincter serré, entraînait de vives douleurs et n'a pu être réduit que sous anesthésie générale.

Intervention (Docteur NARDI) le 24/4/66.

Conduite suivant la technique habituelle.

Les suites sont normales, le transit de gaz est repris le 3ème jour mais les premières selles ne sont émises que le 6ème jour.

Le prolapsus est parfaitement réduit, ne se reproduit pas même lors des efforts de poussée abdominale violents.

La continence anale est parfaite.

CONCLUSIONS

La technique de traitement du prolapsus rectal total chez la femme ménopausée, que nous venons de présenter, s'inscrit dans le cadre des opérations de suspension du rectum au disque lombo-sacré, interventions qui donnent actuellement le plus faible pourcentage d'échecs et de récurrences.

Elle nous paraît présenter certains avantages :

- simplicité et rapidité d'exécution
- suppression radicale du cul de sac de Douglas
- non modification des axes physiologiques du rectum, facteur de protection contre la récurrence et l'incontinence
- reconstitution d'un "soutien" rectal, l'utérus suppléant le plancher périnéal déficient.

Ses indications sont très larges : cette technique peut s'appliquer au prolapsus rectal total survenant chez la femme ménopausée, à condition :

- qu'elle puisse assumer les frais d'une laparotomie
- que l'utérus et les annexes soient sains et en particulier indemnes de toute infection
- qu'elle ne présente aucune malformation vertébrale congénitale ou acquise.

La coexistence, rare, d'un prolapsus génital et d'un prolapsus rectal, nous paraît une indication supplémentaire à adopter cette méthode.

Les complications éventuelles de cette intervention ont été étudiées : elles sont rares et seulement possibles en cas de faute technique ou de non respect des contre-indications.

Trois cas seulement ont été traités récemment par cette nouvelle technique : le déroulement de l'intervention, les suites opératoires immédiates n'ont posé aucun problème et les résultats à court terme ont été favorables. Nous pensons que l'avenir confirmera la valeur de cette méthode.

Vu le Président de Thèse :

Professeur J. PATEL

Vu le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALTEMEYER W.A., CULBERTSON W.R.

Technique de la réparation périnéale du prolapsus rectal.
Surg.Oct. 1965, 58, n°4, 758-764 9 fig. (Bibliogr.).

- 2 - ALTEMEYER W.A., CULBERTSON W.R., ALEXANDER J.W.

Traitement en un temps périnéal du prolapsus rectal.
Arch.Surg. Juil.1964, 89, n°1 6-16 10 fig. (Bibliogr.).

- 3 - AMELINE A., HUGUIER J.

La suspension postérieure au disque lombo-sacré.
Gynéc. Obst. 1956, 57 n°1 94.

- 4 - AVEDISSOV S.S.

Notre méthode d'opération dans les cas de prolapsus du rectum.
Khirurgia (Moscou) 1957 n° 6 80-83 4 fig.

- 5 - BADEN H., MIKKELSEN O.

Résultats de la rectopexie dans le prolapsus complet du rectum chez l'adulte.
Acta Chir. Scand. 1958-1959 116 n°3 230-234 (Bibliogr.).

- 6 - BEAHRS O.H., VANDERTOLL D.J., BAKER N.H.

Prolapsus rectal complet : une évaluation du traitement chirurgical.
Ann.Surg. 1965 161 n°2 221-224 (Bibliogr.).

- 7 - BLAIR C.R., NAY H.R., RUCKER C.M.

Traitement chirurgical du prolapsus rectal.
Surgery 1963 53 n°5 625-629 (Bibliogr.).

- 8 - BOLOT F.

Traitement du prolapsus rectal chez l'homme par le cloisonnement du
Douglas.
Sem. Hôp. Paris, 8 Janvier 1961 37 n°2 129.

- 9 - BOULVIN R.

A propos du traitement chirurgical du prolapsus rectal chez l'enfant et
chez l'adulte, avec référence particulière à la technique de la rectopexie
dans le prolapsus rectal total.
Ann. Chir. 1965 19 n°21-22 1358-1364 (Bibliogr.).

10 - BRACEY D.W.

Une nouvelle technique opératoire pour le prolapsus complet du rectum.
Proc. Roy. Soc. Méd. 1959 52 n°5 387.

11 - BRET J., BARDIAUX M.

A propos de la promonto-fixation (opération d'Ameline-Huguier).
Revue du Prat. 1964 14 n°29 3645-3658.

12 - BUFFAT J.D.

Traitement du prolapsus ano-rectal.
Praxis 24 Sept. 1959 48 n°39 889-890.

13 - BUFFAT M.

Le prolapsus ano-rectal.
Rev. Méd. Suisse Rom. 1960 80 n°2 125-126.

14 - BUTLER E.C.B.

La réparation intra-abdominale du prolapsus rectal chez la femme.
Proc. Roy. Soc. Méd. 1959 52 n°5 385-386.

15 - CHAPPLE H.

Le prolapsus du rectum chez les femmes.
Brit. Méd. Journ. 1945 n°4401 661-662.

16 - CHORZEWSKI Z.

Traitement du prolapsus rectal par la méthode de Lahaut.
Polski. Tygod. Lek. 1959 14 n°5 679-681 (Bibliogr.).
(résumé anglais).

17 - COLDEFY J.M., BRUNET M., FOURCADE O.

A propos de 12 cas de prolapsus rectal total de l'adulte traités par
suspension au promontoire par bandelette de nylon.
Mem. Acad. Chir. 1963 89 n°18-19 536.

18 - COLDEFY J., BRUNET M., FOURCADE O.

Soutènement total d'un double prolapsus rectal total et utéro-vaginal
par hamac tendu du pubis au promontoire.
Mém. Acad. Chir. 1963 89 n°18-19 536.

19 - DECHENX J., DANIEL M.

Le traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie
suivant le procédé de ORR-LOYGUE (à propos de 2 obs.).
Mém. Acad. Chir. 1959 85 n°4-5 109-112.

20 - DEVADHAR D.S.C.

Nouvelles réflexions sur le mécanisme et le traitement de la procidence rectale.

J.Internat. Coll. Surg. 1964 42 n°6 672-681.

21 - DUBOIS F.

Rectopexie discale pour prolapsus rectal par le procédé de LOYGUE et CERBONNET.

Nouv. Pratique Chir. III. 1962 fasc.XIX 107-138.

G.Doin éd. Paris.

22 - DUBOIS F.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.

Techniques Chirurgicales EMC (App.Dig.) 40710 1-6 (Bibliogr.).

23 - FORD H.S., STENSTROM

Traitement du prolapsus complet du rectum et de ses complications.

Am. J. Surg. 1958 96 n°2 338-342 (Bibliogr.).

24 - GOLIGHER J.C.

Le traitement du prolapsus complet du rectum par l'opération de ROSCOE-GRAHAM.

Brit. J. Surg. 1958 45 n°192 323-333 II fig. (Bibliogr.).

25 - GREGORY E.J., HARTMAN A.W., HILLS W.J., SAMMIS W.L.

Prolapsus rectal; notre expérience personnelle dans 14 cas.

Ann. Surg. 1962 155 n°4 495-500 (Bibliogr.).

26 - HAYDEN E.P.

Traitement chirurgical du prolapsus complet du rectum.

Rev. Brasil. Cir. 1959 37 n°3 241-247 10 fig.

(Bibliogr.) (résumé français).

27 - HEPP J.

Le prolapsus rectal est-il toujours l'opprobre de la chirurgie ?

Entretiens de Bichat (Chir. et Spéc.) 1956 175-180.

28 - HOAGE E.

Contribution au traitement opératoire du prolapsus rectal chez la femme.

Zbl. Gyn. 1956 78 n°25 993-998 (Bibliogr.).

29 - HUGUES E.S.R., GLEADELL L.W.

Prolapsus du rectum.

Proc. Roy. Soc. Méd. 1962 55 n°12 1077-1080 (Bibliogr.).

30 - HUGUIER J., SCALI

La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus.
Presse Méd. 1958 66 n°35 781-784.

31 - JENKINS S.G., THOMAS C.G.

Intervention pour prolapsus rectal.
S.G.O. 1962 114 n°3 381-383.

32 - JOYEUX R., COLIN R.

Rectopexie avec bandelettes de peau pour prolapsus total du rectum; récupération intégrale post opératoire du toms anal.
Montpellier Chir. 1960 n°18 256-257.

33 - KHUBCHANDANI I.T., BACON H.E.

Prolapsus complet du rectum et son traitement.
Arch. Surg. 1965 90 n°3 337-340 (Bibliogr.).

34 - LAHAUT J.

Cure radicale des grands prolapsus du rectum.
J. Chir. 1956 72 n°6-7 565-569.

35 - LAHAUT J.

Cure radicale des grands prolapsus du rectum.
Mém. Acad. Chir. 1956 82 n°6-7 195-197.

36 - LANGUEPIN M., RETTORI, EPFELBAUM

Spondylo-discites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital.
Mém. Acad. Chir. 1963 89 n°7-8 245-249.

37 - LAPEYRERE J., GREZES-RUEFF F.

Les prolapsus associés de l'utérus et du rectum.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1962 14 n°5 803-805.

38 - LEFEBVRE F., CRISMER R.

Le traitement du prolapsus rectal.
Acta gastro-entérol. belg. 1963 26 n°5-6 382-386 (Bibliogr.).

39 - LEVY A.H., JOHNSON V.S.

Le prolapsus rectal; expérimentation de l'opération de ORR dans 2 cas.
Ann. Surg. 1951 133 n°2 244-246 2 fig. (Bibliogr.).

40 - LOYGUE J.

A propos des spondylo-discites graves après fixations du col utérin au promontoire (et rectopexies).
Mém. Acad. Chir. 1963 89 n°14-15 405-406.

41 - LOYGUE J., CERBONNET G.

Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie suivant le procédé de ORR; à propos de 14 observations.
Mém. Acad. Chir. 1957 83 n°10-11 325-329 (Bibliogr.).

42 - LOYGUE J., CERBONNET G.

Prolapsus du rectum et altération sphinctérienne.
Arch. Mal. App. Dig. 1958 47 n°1-2 81-85.

43 - McGRAW J.Y.

Le problème du prolapsus des organes intra pelviens.
Laval Méd. 1961 31 n°4 473-501 (Bibliogr.).

44 - McGRAW J.Y.

Le prolapsus des organes intra pelviens; rappels anatomiques et physiologiques.
Laval Méd. 1961 32 n°1 32-51.

45 - McGRAW J.Y.

La pathologie du prolapsus des organes intra pelviens.
Laval Méd. 1961 32 n°2 223-268 (Bibliogr.).

46 - McGRAW J.Y.

Etude expérimentale du prolapsus rectal; considérations préliminaires.
Laval Méd. 1961 32 n°4 482-500 (Bibliogr.).

47 - McGRAW J.Y.

Etude expérimentale du prolapsus rectal; efficacité de la rectopexie transabdominale par bandelette aponévrotique pédiculée.
Laval Méd. 1961 32 n°5 618-656 8 fig. (Bibliogr.).

48 - McGRAW J.Y.

Valeur de la rectopexie transabdominale par bandelette aponévrotique pédiculée.
Laval Méd. 1962 33 n°1 56-59 (Bibliogr.).

49 - McGRAW J.Y.

Confirmation du rôle et de la valeur de la rectopexie transabdominale par bandelette aponévrotique pédiculée.
Laval Méd. 1962 33 n°3 198-205 (Bibliogr.).

50 - McGRAW J.Y.

Etude du prolapsus rectal; revue clinique et conclusions.
Laval Méd. 1962 33 n°5 364-375 (Bibliogr.).

51 - McGRAW J.Y.

Description d'une nouvelle technique chirurgicale de suspension artificielle des organes intra pelviens; résumé d'une étude expérimentale et clinique.

Laval Méd. 1964 35 n°1 66-70 (Bibliogr.).

52 - McPHERSON A.G.

Le prolapsus complet du rectum; l'opération de Thiersch

Proc. Roy. Soc. Méd. 1956 49 n°11 957-958.

53 - MALYSCHEW J.I.

A propos de l'état du sphincter anal dans le cas de prolapsus du rectum.

Zbl. Chir. 1960 85 n°49 2352-2355.

54 - MARTIN-LAVAL J.

Les greffes de fascia périvaginal dans la cure des prolapsus de la vessie et du rectum.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1956 8 n°4 512.

55 - MORENO A.H., VILLAMIL E.J.F., PETRONE C., GALVALIZ C.A.

Le traitement du prolapsus rectal par l'opération de ORR.

Ann. Surg. 1955 142 n°6 957-960 6 fig. (Bibliogr.).

56 - MYSCH D.V.

Guérison d'un prolapsus rectal associé à un prolapsus de l'utérus.

Khirurgia (Moscou) 1962 n°12 105-106.

57 - NIGRO N.D., WALKER G.L.

Progrès dans le traitement courant du prolapsus rectal complet.

Surg. Clin. North. Amer. 1959 39 n°5 1399-1404 (Bibliogr.).

58 - ORGIAS R.

Prolapsus rectal et hernie du cul de sac de Douglas chez la femme.

Brit. J. Surg. 1965 52 n°11 889-892 (Bibliogr.).

59 - ORR T.G.

Une opération de suspension pour la cure du prolapsus rectal.

Ann. Surg. 1947 126 833-836.

60 - PEYCELON R.X., REPLUMAZ P.

Rectosigmoidectomie abdominale pour récurrence de prolapsus rectal.

Lyon Chir. 1958 54 n°4 620-623.

61 - PICHLMAIER H.

Traitement du prolapsus complet du rectum.

Chirurg. 1964 35 n°8 365-367 6 fig. (Bibliogr.).

62 - PODOLYAK G.A.

Traitement opératoire du prolapsus simultané du rectum et de l'utérus.
Abouchertsvo Guinek (Moscou) 1963 n°6 108-110 (Bibliogr.).

63 - RAVDIN I.S., JOHNSTON C.G.

Progrès en chirurgie : évaluation du mécanisme et du traitement du
prolapsus rectal complet.
Am. J. Méd. Soc. 1957 234 n°2 213-226 (Bibliogr.).

64 - RENE, LORD.

Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo sacré.
Mém. Acad. Chir. 89 8 1963.

65 - RIPSTEIN C.B., LANTER B.

Étiologie et traitement chirurgical du prolapsus massif du rectum.
Ann. Surg. 1963 157 n°2 259-264 10 fig.

66 - SAMSON E., MCGRAW J.Y.

Prolapsus rectal : résultats éloignés obtenus par la rectopexie.
Unifor Méd. Canada 1961 90 n°4 399-402 (Bibliogr.).

67 - SAMSON E., MCGRAW J.Y.

Confrontation clinique d'une étude expérimentale du prolapsus rectal.
Laval Méd. 1962 33 n°4 252-260 (Bibliogr.).

68 - SICARD A.

À propos du traitement chirurgical du prolapsus total du rectum.
Mém. Acad. Chir. 1959 85 n°6-7 188.

69 - SNELLMAN B.

Prolapsus complet du rectum.
Dis. Colon and Rectum 1961 4 199 in Internat. Surg. Dig.
1961 70 n°10 610-612.

70 - SWINTON N.W., PALMER T.E.

Traitement du prolapsus et de la procidence du rectum.
Am. J. Surg. 1960 99 n°2 144-155 5 fig. (Bibliogr.).

71 - SWINTON N.W., McFEE D.M.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.
Surg. Clin. North Amér. 1965 45 n°3 657-660 (Bibliogr.).

72 - TENDLER M.J.

Le prolapsus massif du rectum; l'opération de Pemberton-Stabins pour
traitement de la procidence.
Arch. Surg. 1956 72 n°4 667-672 13 fig. (Bibliogr.).

73 - TITARENKO A.A.

Fixation du rectum grâce à un tissu au lavsan (plastique inerte).
Khirourguia (Moscou) 1963 n°11 53-56 (Bibliogr.).

74 - TOEUF G. (de)

Le traitement du prolapsus rectal complet.
Acta Chir. Belg. 1957 56 n°3 283-290.

75 - TOUPET A.

Réflexions et suggestions de la cure des grands prolapsus rectaux
suivant la technique de Lahaut.
Entr. de Bichat (Ch^{ie}) 1957 169-170 Expansion Ed. Paris.

76 - TUOMIKOSKI V.

Le traitement du prolapsus total du rectum par fixation de l'aponévrose
suivant T.G. ORR.
Acta Chir. Scand. 1965 suppl. 332 107.

77 - WALKERX G.L., NIGRO N.D.

Le choix d'une intervention pour prolapsus rectal massif.
Surg. Clin. North Amer. 1965 45 n°5 1293-1297. (Bibliogr.).

78 - WATSON

Prolapsus recto-vaginal récidivant avec incontinence d'effort fécale
et urinaire.
Med. J. Australia 1958 1 n°5 145-147.

79 - WELTI H.

A propos du traitement chirurgical du prolapsus total du rectum
(technique de Lahaut).
Mém. Acad. Chir. 1959 85 n°11-12 298.

